

Título: Violência Doméstica na criança: a perspetiva do médico Pediatra  
(Domestic Violence on Children: the pediatrician's perspective)

Autores:

- Teresa Magalhães. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Desenho do estudo. Interpretação dos dados. Preparação do manuscrito.
- José Nuno Trovão. Desenho do estudo. Recolha de dados. Análise estatística. Interpretação dos dados. Preparação do manuscrito. Pesquisa bibliográfica.
- Sofia Frazão. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Desenho do estudo. Interpretação dos dados. Preparação do manuscrito.

Endereço: Rua da Piedade, nº 36, 8ºC, 4050-479, Porto;  
nuno1207@gmail.com (José Nuno Trovão)

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Agradecimentos:

A Filipe Príncipe Ferreira e a António Neto, pelo apoio no tratamento do *software* informático *SPSS Statistics 20*. A todos os Hospitais e médicos que colaboraram neste trabalho, sem os quais o mesmo não teria sido possível. À Delegação do Norte do INMLCF, pelos dados facultados.

Contagem de palavras: Resumo em português: 157. Resumo em inglês: 165  
Texto principal: 3017.

## Resumo

**Introdução e objetivos:** Em Portugal têm sido tomadas diversas medidas legais e organizativas de apoio às vítimas de violência doméstica, designadamente as crianças. O Pediatra tem um papel privilegiado e fundamental na deteção, sinalização e denúncia destes casos, o qual se pretendeu caracterizar.

**Material e Métodos:** Num inquérito efetuado a 89 Pediatras apuraram-se vários aspetos relacionados com a eficácia destes processos.

**Resultados:** Muitos pediatras (76,4%) referiram ter quase sempre capacidade para detetar abuso físico, mas 49,4% considerou-se pouco capaz de detetar abuso sexual e 46,1% pouco capaz de detetar abuso psicológico. Os conceitos de sinalização e denúncia são confundidos por 30,3% da amostra e 6,7% desconhece a obrigação de denunciar. Só 52,8% acha satisfatória a instrução académica e profissionalizante nesta área.

**Discussão e Conclusão:** Ainda se verificam muitas lacunas na preparação dos profissionais para a abordagem destes casos, havendo necessidade de melhor divulgação das medidas já implementadas e de criação de novos protocolos, mais adaptados e específicos.

**Palavras-chave:** violência doméstica; abuso; criança; sinalização; denúncia.

## Abstract

**Background and objectives:** Several legal and organisational measures have been taken in Portugal to support the victims of domestic violence, namely children. The Pediatrician has a privileged and primal role in detecting, notifying and reporting these cases, which we aimed to understand.

**Material and Methods:** On a survey to 89 Pediatricians, several aspects on the efficacy of these processes were found.

**Results:** Many Pediatricians (76,4%) declared being almost always able to detect physical abuse, but they affirmed to be less able to do so on sexual (49,4%) and psychological (46,1%) abuse. The concepts of notification and reporting are misunderstood by 30,3% of them and 6,7% don't know the duty of reporting. Only 52,8% considers the academic and professionalising education on these issues satisfactory.

**Discussion and Conclusion:** There are still many flaws on the preparation of the professionals to deal with these cases. Better divulgation of the actual measures and creating new, more specific and tailored protocols are needed.

**Key words:** domestic violence; abuse; child; reporting.

## INTRODUÇÃO

A violência doméstica (VD) é atualmente considerada uma patologia, constante da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). Pode definir-se como qualquer forma de comportamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência por parte da vítima e de confiança e poder por parte do abusador que, habitando, ou não, no mesmo agregado familiar, seja cônjuge ou ex-cônjuge, filho/a ou outro familiar<sup>1</sup>. Esta forma de abuso é particularmente grave na criança, pelo que abordaremos a perspetiva do papel fundamental que o Pediatra na questão da VD perpetrada contra crianças e adolescentes.

### I. O abuso

A VD pode manifestar-se através de diversas formas de abuso.

Designa-se por abuso físico qualquer ação de uso intencional de força (incluindo castigos corporais) que possa provocar dano físico<sup>2</sup>. As principais lesões são as equimoses do couro cabeludo, peri-orbitárias, dos braços e coxas, mas muitas outras devem ser tidas em conta, designadamente queimaduras, fraturas e lesões orais. São sobretudo suspeitas quando moduladas, em diferentes estadios de evolução, em locais corporais impróprios para acidentes e quando há atraso na procura de cuidados de saúde<sup>3</sup>.

O abuso psicológico ou emocional é a ausência intencional de suporte afetivo, englobando ameaças e depreciação permanente. Qualquer forma de abuso

consubstancia simultaneamente um abuso psicológico<sup>2</sup>. Os indícios principais são, entre outros, a aversão ao contato físico, extrema obediência, apatia, agressividade, mau aproveitamento escolar e perturbações de ansiedade, depressivas, da fala, do sono e do comportamento alimentar<sup>4</sup>.

Por negligência entende-se não garantir as necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto e saúde para o crescimento normal, alcançáveis no contexto socioeconómico da família<sup>2</sup>. Alguns indícios são a falta de vínculo entre a criança e os responsáveis, desnutrição, higiene deficitária, vestuário inadequado, acidentes domésticos frequentes, faltas à escola e atraso no calendário vacinal<sup>4</sup>.

O abuso sexual corresponde ao envolvimento da criança em práticas de satisfação do abusador, as quais ela não tem capacidade para compreender ou dar o seu consentimento<sup>4</sup>. É de difícil deteção devido ao tabu social, à ausência de testemunhas oculares e à dificuldade em encontrar vestígios físicos ou biológicos, bem como lesões (sobretudo quando os casos são revelados tardiamente). Acresce que as lesões genitais e os sintomas geralmente não são específicos, sendo aqui fundamental a precocidade da realização do exame médico-legal<sup>5</sup>.

Entre outras práticas abusivas, pode ainda referir-se a síndrome de Munchausen por procuração<sup>6</sup>, a exposição da criança a um contexto familiar de violência nas relações de intimidade<sup>6,7</sup> e exploração pela mendicância ou pelo trabalho<sup>1</sup>.

## II. Intervenção

Em Portugal a VD assumiu, em 2001, a natureza de crime público, sendo a intervenção nestes casos da responsabilidade do Ministério Público (MP),

independentemente da vontade da vítima ou do seu representante legal. A denúncia nos crimes de natureza pública é “obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos, para os funcionários (...) quanto a crimes de que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas” (artigo 242º do Código do Processo Penal). Tratando-se de vítimas menores de idade, a obrigação de comunicação dos casos em que a criança possa estar em perigo é alargada à população geral, de acordo com o artigo 66º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, que consagra a promoção e proteção da criança ou adolescente em risco.

Por denúncia entende-se a participação do crime ao MP, que pode ser feita por qualquer pessoa ou entidade, diretamente ou por intermédio dos órgãos de polícia criminal ou dos peritos do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF). O objetivo é promover a investigação criminal. Paralelamente deve ser feita a sinalização (comunicação) do caso às entidades com competência em matéria de infância e juventude da área de residência da criança, neste caso com o objetivo da sua promoção e proteção. No caso da existência de lesões, é obrigatória por lei a perícia médico-legal, devendo tal procedimento reger-se pelo protocolo celebrado em 2011 entre os Ministérios da Saúde e da Justiça e a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens<sup>8</sup>.

## **OBJETIVOS**

O principal objetivo deste estudo é averiguar a atitude dos Pediatras perante a suspeita de VD contra crianças. Especificamente pretende-se saber se os Pediatras têm consciência da dimensão da VD, se se sentem aptos a detetar os indicadores de abuso, se sabem e se efetivamente cumprem com os procedimentos de sinalização e denúncia previstos para estes casos e, assim, avaliar a necessidade de implementação de novos protocolos de atuação.

## MATERIAL E MÉTODOS

Elaborou-se um questionário de autoavaliação, de preenchimento anónimo, dirigido aos vários Pediatras e Internos de Pediatria a prestar serviço nos Hospitais da área de influência da Administração Regional de Saúde do Norte, que foi enviado por correio ou por via eletrónica, após contato telefónico com os Diretores de Serviço de Pediatria e após a obtenção de autorização para tal, face ao pedido formal que foi formulado aos Conselhos de Administração (CA) dos respetivos Hospitais. Neste questionário de escolha múltipla analisaram-se os seguintes pontos:

- a) A noção da responsabilidade de detetar casos de VD;
- b) A aptidão sentida para detetar os indicadores de abuso;
- c) O conhecimento sobre os procedimentos de sinalização e denúncia dos casos suspeitos e sobre a diferença entre os dois;
- d) O número de vítimas detetadas e a sinalização e/ou denúncia desses casos;
- e) A articulação com os Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) e com o “Médico de Família”;
- f) A noção da responsabilidade de sinalizar e da obrigatoriedade legal de denunciar;
- g) A necessidade sentida relativamente à implementação de novos protocolos de intervenção nestes casos.

Dos 15 hospitais contatados, obteve-se resposta positiva dos CA (e da Comissão de Ética no caso daqueles que assim o entenderam necessário) e a colaboração dos médicos Pediatras de oito deles. Recolhidos os inquéritos, procedeu-se à sua análise estatística (descritiva, de referência cruzada e com testes



de correlação Qui-quadrado para um nível de significância de 0,05) utilizando-se o software *SPSS Statistics 20*.

## RESULTADOS

Dos 89 respondentes, a maioria era do sexo feminino ( $n=68$ ; 76,4%), com idade média de 39 anos ( $\text{min}=24$ ;  $\text{max}=61$ ;  $\text{SD}=10,8$ ) e com uma média de 13,5 anos de serviço ( $\text{min}=1$ ;  $\text{max}=38$ ;  $\text{SD}=11$ ). Os médicos especialistas representaram 60,2% da amostra ( $n=53$ ).

Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., na Região Norte de Portugal encontravam-se, em 2011, a exercer funções no Serviço Nacional de Saúde (SNS) 413 médicos Pediatras e 104 Internos de Pediatria. (Fonte: ACSS, 2011). A amostra em estudo representa, assim, 17,2% dos Pediatras e Internos de Pediatria presentes no local e época em estudo.

### I. Detecção do abuso

À exceção de três, os médicos consideraram ser sua responsabilidade detetar os casos de VD nas crianças e adolescentes (96,6%). A maioria referiu sentir-se quase sempre apta a detetar abuso físico ( $n=68$ ; 76,4%), mas muitos consideraram-se pouco capazes de detetar o abuso sexual ( $n=44$ ; 49,4%) e o psicológico ( $n=41$ ; 46,1%). As dificuldades mais prevalentes indicadas para a deteção dos abusos foram a ambiguidade da etiologia de uma lesão (42,0%) e a ambiguidade de um sintoma psicológico/comportamento numa criança ou adolescente (74,0%); note-se que 23,9% dos médicos considerou ser raro o recurso destas vítimas ao SNS (Quadro I). Não se verificou existir correlação entre estas dificuldades sentidas e a idade ( $p=0,550$ ;  $p=0,892$ ), sexo ( $p=0,932$ ;  $p=0,669$ ) ou anos de serviço ( $p=0,854$ ;  $p=0,988$ ) do respondente nos testes de independência efetuados.

Constatou-se que 29,2% dos médicos (n=26) não detetou nenhum caso de abuso no último ano, obtendo-se um total de 257 deteções (uma média de 3 deteções por médico e por ano).

## II. Sinalização e Denúncia

Todos os inquiridos consideraram ser responsabilidade sua sinalizar os casos de VD com que contatam no exercício da atividade profissional mas 6,7% (n=6) acha que não está obrigado a denunciar. Note-se, contudo, que 30,3% (n=27) referem que sinalizar e denunciar se tratam do mesmo procedimento.

A maioria dos indivíduos (82,0%; n=78) consideraram saber sinalizar e/ou denunciar, mas, uma vez mais, 32,9% destes refere que a sinalização e a denúncia são o mesmo. Não se observou correlação estatística entre estas variáveis (Quadro II). Desta última amostra (n=78), 52,1% não considerou ser graças à instrução académica e profissionalizante que está apto a sinalizar e/ou denunciar. Por outro lado, dos 47,2% respondentes que sentem ter tido instrução insuficiente, apenas 9,5% admitiram não saber fazê-lo (Quadro III); encontrou-se aqui uma correlação inversa (coeficiente = -0,208) estatisticamente significativa ( $p=0,05$ ), ou seja, saber sinalizar e/ou denunciar associou-se a não ter tido instrução.

Dos 63 respondentes que referem ter detetado pelo menos um caso no último ano, a maioria (79,4%) admitiu ter sinalizado e/ou denunciado todos eles. É de notar que 7,9% sinalizou e/ou denunciou menos de metade dos casos mas 80% destes tinha referido saber fazê-lo; 4,8% admitiu não ter sinalizado e/ou denunciado nenhum caso, apesar de 66,7% destes referirem saber fazê-lo (Quadro IV); não se verificou existir qualquer correlação estatística entre estas variáveis ( $p=0,815$ ). Dois

médicos (3,2%) admitiram ter deixado casos por sinalizar e/ou denunciar a pedido da vítima.

Foram 23,8% os que já contataram com casos de VD e consideraram não produtiva a sua articulação com o NHACJR, nomeadamente dois dos três respondentes que não sinalizaram e/ou denunciaram nenhum caso de VD que acompanharam (Quadro V). Não há, no entanto, uma correlação estatística entre estas variáveis ( $p=0,20$ ). Consideraram importante a cooperação da especialidade de Medicina Geral e Familiar no acompanhamento de um caso de VD sobre a criança ou adolescente 94,4% dos médicos. Admitiram ser vantajosa a implementação de novos protocolos de atuação para a abordagem dos casos de VD 95,5% dos médicos, sem que isso se correlacione com o facto de se considerarem ou não aptos a sinalizar e/ou denunciar os casos ( $p=0,344$ ), ou o facto de conseguirem, ou não, uma ajuda importante por parte do NHACJR ( $p=0,276$ ).

### III. Perfil do médico

Finalmente procurou-se traçar o perfil do médico - quanto à sua idade e sexo – face aos aspetos abordados (Quadro VI). Encontrou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o facto de estes considerarem que sabem sinalizar e/ou denunciar ( $p<0,001$ ) e uma correlação inversa (coeficiente= - 0,273) entre a sua idade e a perceção da necessidade de implementação de novos protocolos, ou seja, foram os médicos mais jovens a admitir não saber sinalizar e/ou denunciar e a referir a necessidade de novos protocolos de atuação.

## DISCUSSÃO

Previamente a este estudo, apenas se encontrou publicado em Portugal um outro sobre as crianças vítimas de maus-tratos atendidas na urgência pediátrica de um hospital urbano, o qual concluiu existirem falhas de articulação na intervenção nestes casos<sup>9</sup>. Encontram-se, também, alguns estudos estrangeiros sobre a triagem da VD pelos Pediatras, mas não incidindo sobre a concreta questão da sinalização ou denúncia, próprios do contexto legal de cada país. Assinale-se que na maior parte dos países desenvolvidos, designadamente nos EUA, os médicos são “mandatory reporters”.

Não se conhecem, em Portugal, os valores reais da frequência com que são vítimas de VD as crianças e adolescentes. No primeiro semestre de 2011 foram registadas pelas Forças de Segurança apenas 943 participações de VD sobre vítimas até aos 18 anos<sup>10</sup>. Em 2010, foram instaurados pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) 8550 processos de negligência, 441 de abandono, 3683 de abuso emocional, 1847 de abuso físico, 548 de abuso sexual e 26 de exploração do trabalho infantil<sup>11</sup>. Não é referido no entanto, neste relatório, quais os abusos que se inserem num contexto de VD ou qual o agente praticante do abuso. A Delegação do Norte do INMLCF observou em 2010 e 2011, um total de 773 casos de abuso físico e 123 de abuso sexual em contexto de VD (Fonte: INMLCF), refletindo seguramente estes números, não só a falta de deteção e sinalização/denúncia mas, também, mostrando que muitas vítimas não são referenciadas para perícias médico-legais, designadamente nos casos de negligência e abuso psicológico.

No presente estudo, a quantidade de sinalizações e/ou denúncias (cerca de

200, tendo em conta o total de 257 deteções e os 79,4% dos médicos que afirmam ter sinalizado e/ou denunciado todos os casos) parece estar em minimamente sintonia com os dados referidos pelas CPCJ e pelo INMLCF, atendendo à representatividade desta amostra e ao facto de os médicos constituírem apenas uma parte das entidades sinalizadoras dos processos. Os médicos que não detetaram nenhum caso (29,2%) poderiam tornar a frequência conhecida de abuso mais próxima da real. Estes são os profissionais mais importantes na deteção destes casos, sobretudo na idade pré-escolar, devendo ser capazes de confirmar o seu correto diagnóstico, para possibilitar a implementação das devidas medidas.

Apenas 52,8% da amostra considerou satisfatória a instrução em VD e grande parte admite ter dificuldades na deteção do abuso sexual e psicológico. Num estudo americano sobre a preparação facultada aos Internos para o rastreio de VD sobre crianças, cerca de 80% afirmou que recebeu pouco treino nesta área e por isso não rastreiam a VD como deveriam, com apenas 21% a fazê-lo<sup>12</sup>. Noutro estudo, 74% dos Pediatras e médicos de Medicina Geral e Familiar de um certo hospital referiu não ter recebido formação específica em VD (sobretudo os Pediatras), apresentando resultados menos satisfatórios que os médicos formados noutro hospital onde era obrigatório este tipo de instrução<sup>13</sup>. Em Novembro de 2009, o *American Board of Pediatrics* realizou o primeiro exame de certificação de uma nova subespecialidade pediátrica: Pediatria do Abuso de Crianças<sup>14</sup>. Este é um passo fundamental, dado que a complexidade do assunto em causa não se compadece com a intervenção por profissionais que – apesar de interessados e bem-intencionados – não têm formação especializada no assunto.

Os médicos devem saber que é obrigatória a realização de uma perícia médico-legal sempre que se vislumbre existirem danos corporais na criança (artigos

151º e 159º do Código de Processo Penal), que não deve ser protelada pela intervenção de outros médicos (exceptuando tratamentos urgentes), para evitar a vitimização secundária e a contaminação de vestígios e dos relatos da criança. Para garantir a boa articulação destes procedimentos, celebrou-se em 2011 o protocolo atrás referido. Este fixa os termos da colaboração dos médicos do SNS com o INMLCF, em caso de impossibilidade de realização de perícia médico-legal urgente (o médico deverá contactar o perito para obter orientações para o exame físico e usar os kits fornecidos pelo INMLCF para preservação de vestígios). Refere, ainda, que a Direção-Geral da Saúde (DGS) e o INMLCF, em estreita colaboração, devem assegurar formação no domínio pericial aos médicos do SNS, em particular aos que desempenham funções a nível de urgências pediátricas e nos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco dos Centros de Saúde (NACJR) e NHACJR<sup>8</sup>. As normas já publicadas pelo INMLCF para a realização dos exames forenses nestes casos<sup>15</sup> não serão suficientes para colmatar a falta de formação referida por vários Pediatras.

Sinalização e denúncia devem complementar-se para garantir a melhor abordagem num caso de abuso. Como regulamentado pela DGS, a intervenção pretende-se executada nas formas de investigação criminal e de promoção e proteção da vítima, encontrando-se esta última organizada em três níveis de responsabilidade. No primeiro, as entidades competentes são os serviços de saúde, educação e ocupação dos tempos livres, encontrando-se os especialistas de Pediatria, de Medicina Geral e Familiar ou os Ginecologistas numa posição privilegiada detetar o abuso. Aos NACJR e NHACJR cabe um papel de consultoria ou até de condução do processo<sup>16</sup>. Não se conseguindo remover o perigo, torna-se de crucial importância a sinalização da vítima, sendo este o ato de dar conhecimento

de uma situação ou suspeita de VD, mediante comunicação, às entidades competentes – as CPCJ da sua área de residência<sup>17</sup>. O último recurso será o Tribunal de Família e Menores, nível este que se pretende residual. Neste sentido, a DGS atualizou em 2011 o documento técnico de orientação da atuação médica perante casos de VD sobre a criança e adolescente. Nele constam algoritmos – para a deteção e intervenção perante factores de risco de VD, sinais de alerta, abuso evidente e situações de perigo – e modelos de fichas de sinalização. Frisa-se também que a “denúncia não tem tempo limite para ser apresentada e deverá acontecer depois de ponderar e assegurar que a proteção da criança/jovem não será posta em causa por tal diligência”<sup>16</sup>. No entanto, provavelmente não terá o mesmo sido ativamente difundido e contém algumas lacunas do ponto de vista da intervenção criminal.

Mesmo julgando saber sinalizar e/ou denunciar, 4,8% dos médicos admitiram não o ter feito em nenhum caso e 7,9% apenas o fizeram em menos de metade, não se correlacionando isso com deficiências na articulação com os NHACJR. De facto, é sabido que grande parte dos abusos não são sinalizados<sup>9</sup>. Também em matéria de sinalização e denúncia, para estes médicos a instrução prévia não foi produtiva e o que se comprova é que muitos não conhecem a dinâmica processual da investigação criminal e da promoção e proteção, ao desconhecerem a diferença entre sinalização e denúncia, bem como a sua obrigação legal de denunciar. Verificou-se que são os médicos Pediatras mais jovens os que mais admitem estas dificuldades, sendo recetivos à implementação de novos protocolos de atuação. Alguns Pediatras não se consideram obrigados a denunciar (6,7%) mas, embora esta a lei seja muito recente, tal não se correlacionou com a idade ou anos de serviço dos médicos. Oliveira Santos considera que as razões que levam os



médicos a não efetuar a denúncia são<sup>18</sup>: não saber diagnosticar o abuso; minimizar a gravidade dos indicadores pelo contexto cultural; não aceitar isso como uma obrigação profissional sua, defendendo-se através do sigilo médico; desconhecimento da atitude a tomar; medo de represálias contra si ou os seus; querer evitar acusações de falsa denúncia, a atenção da imprensa e o comparecimento em tribunal.

A *American Academy of Pediatrics* enfatiza que identificar uma situação de VD exercida sobre um seu cuidador pode prevenir o abuso sobre a criança<sup>19</sup>. Um estudo acrescenta que muitas mulheres vítimas de VD se revelaram ao pediatra dos filhos<sup>20</sup>. A detecção e sinalização/denúncia destes casos de exposição das crianças à violência nas relações de intimidade já é feita pelos médicos do INMLCF, com resultados benéficos.

## **CONCLUSÃO**

É importante desenvolver estratégias de sensibilização para o rastreio ativo e de articulação entre os diversos profissionais e instituições envolvidas, dado que a intervenção nestes casos é obrigatória e multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Magalhães T. *Violência e Abuso. Respostas Simples para Questões Complexas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
- [2] Dias I, Ribeiro CS, Magalhães T. A construção social do abuso na infância. In: Magalhães T, editor. *Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010. 8-9.
- [3] Magalhães T, Jardim P, Santos L, Pinto NF, Oliveira RJD, Caldas IM. Indicadores físicos de abuso. In: Magalhães T, editor. *Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010. 51-56.
- [4] Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde* 2005 jan-mar; 12(1):42-49.
- [5] Jardim P, Magalhães T. Indicadores físicos e biológicos do abuso sexual. In: Magalhães T, editor. *Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010. 109-111
- [6] Cunningham A, Hurley P. *A Full and Candid Account. Children & Teenagers Testifying in Domestic Violence Cases*. London (Canadá): Centre for Children and Families in the Justice System (London Family Court Clinic, Inc.); 2007.

- [7] Stiles M. Witnessing Domestic Violence: The Effect on Children. *Am Fam Physician* 2002;66(11): 2052-2067.
- [8] Magalhães T, Vieira DN. Proteção de crianças e jovens em risco: considerações sobre o protocolo nacional de 2011. *Revista Portuguesa do Dano Corporal* 2011; 22: 9-22.
- [9] Vasconcelos A, Cardoso BM, Barros M, Almeida H. Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica – 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. *Acta Pediatr Port* 2011;42(1):8-11.
- [10] Direcção Geral da Administração Interna. *Relatório de monitorização da Violência Doméstica – 1º Semestre de 2011*. Lisboa: Ministério da Administração Interna, Direcção-Geral de Administração Interna Direcção de Serviços de Planeamento Estratégico, Núcleo de Estudos e Análise Prospectiva em Segurança Interna (NEAPSI); 2011.
- [11] Carvalho R (coord). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens no ano de 2010*. Lisboa: CNPCJR; 2011.
- [12] Bair-Merritt MH, Giardino AP, Turner M, Ganetsky M, Christian CW. Pediatric residency training on domestic violence: a national survey. *A* 2004;4(1): 24-7. PubMed 2004.
- [13] Erickson MJ, Hill TD, Siegel RM. Barriers to Domestic Violence Screening in

the Pediatric Setting. *NeoReviews* 2001;108(1): 98-102

[14] Block RW. Child abuse requires specialized treatment, reporting. Amednews.com 2010 [cited 2012 May 1]. Acessível em <http://www.ama-assn.org/amednews/2010/06/28/prca0628.htm>.

[15] Magalhães T, Ribeiro CS, Jardim P. Procedimentos Forenses No Âmbito da Recolha de Informação, Exame Físico e Colheita de Vestígios em Crianças e Jovens Vítimas de Abuso Físico e/ou Sexual. *Acta Med Port* 2011; 24: 339-348.

[16] Leça A et al. Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Direcção-Geral da Saúde; 2011.

[17] Pinto da Costa D, Taborda MJ, Magalhães T. Da suspeita ou deteção à sinalização do abuso. In: Magalhães T, editor. *Abuso de Crianças e Jovens. Da Suspeita ao Diagnóstico*. Lisboa: Lidel; 2010. 139-146.

[18] Cury M (coord) *Estatuto da Criança e Adolescente Comentado: comentários jurídicos e sociais*. São Paulo: Malheiros;1992. 737-8.

[19] American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect: The Role of the Pediatrician in Recognizing and Intervening on Behalf of Abused Women. *Pediatrics* 1998; 101(6): 1091 -1092.

[20] Siegel RM, Hill TD, Henderson VA, Ernst HM, Boat BW. Screening for

domestic violence in the community pediatric setting. *Pediatrics* 1999; 104(4 Pt 1): 874-7. Pubmed 1999.

## QUADROS

**Quadro I - Dificuldades mais sentidas pelos médicos na detecção dos abusos**

	n (%)
Falta de instrução curricular durante o curso de Medicina	17 (19,3)
Falta de instrução curricular durante a especialização	23 (26,1)
Ambiguidade de uma lesão presente	37 (42,0)
Ambiguidade de um sintoma psicológico/comportamento	66 (75,0)
Constrangimento perante os cuidadores que acompanham a criança ou adolescente à consulta	12 (13,6)
Raridade do recurso ao SNS de crianças ou adolescentes vítimas de violência doméstica	21 (23,9)

**Quadro II – Saber e/ou denunciar sinalizar e saber distinguir entre  
sinalização e denúncia**

		<b>Saber distinguir entre Sinalização e Denúncia</b>		
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
<b>Saber Sinalizar e/ou Denunciar</b>	Não	13	3	16 (18,0%)
	Sim	49	24	73 (82,0%)
	<b>Total</b>	62 (69,7%)	27 (30,3%)	89 (100%)



**Quadro III – Saber Sinalizar e/ou Denunciar e Instrução acadêmica e profissionalizante na área**

		<b>Instrução</b>		
		Não	Sim	<b>Total</b>
<b>Saber Sinalizar e/ou Denunciar</b>	Não	4	12	16 (18,0%)
	Sim	38	35	73 (82,0%)
	<b>Total</b>	42 (47,2%)	47 (52,8%)	89 (100%)

#### Quadro IV – Saber Sinalizar e/ou Denunciar e Quantos Sinalizados

		Quantos Sinalizados				Total
		Nenhum	<50%	≥ 50%	Todos	
<b>Saber</b>	Não	1	1	1	7	10 (15,9%)
<b>Sinalizar e/ou</b>	Sim	2	4	4	43	53 (84,1%)
<b>Denunciar</b>	<b>Total</b>	3 (4,8%)	5 (7,9%)	5 (7,9%)	50 (79,4%)	63 (100%)

**Quadro V – Articulação com o NHACJR e Quantos Sinalizados**

		<b>Quantos Sinalizados</b>				<b>Total</b>
		Nenhum	<50%	≥50%	Todos	
<b>NHACJR</b>	Sim	2	0	1	12	15 (23,8%)
	Não	1	5	4	38	48 (76,2%)
<b>Total</b>		3 (4,8%)	5 (7,9%)	5 (7,9%)	50 (79,4%)	63 (100%)

**Quadro VI – Investigação de correlações (*p-value*) entre o perfil (idade e sexo) do respondente e as atitudes face ao abuso**

	Dever de Deteção	Saber Sinalizar e/ou Denunciar	Obrigação de Denunciar	Instrução	Implementação de protocolos
<b>Idade</b>	0,591	<0,001	0,103	0,447	0,01*
<b>Sexo</b>	0,333	0,073	0,683	0,591	0,208

\* com coeficiente de correlação = -0,273

## **AGRADECIMENTOS**

A Filipe Príncipe Ferreira e a António Neto, pelo apoio no tratamento do *software* informático *SPSS Statistics 20*.

A todos os Hospitais e médicos que colaboraram neste trabalho, sem os quais o mesmo não teria sido possível.

À Delegação do Norte do INMLCF, pelos dados facultados.